#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 1364

##### Ф.И.О: Недзельская Надежда Михайловна

Год рождения: 1957

Место жительства: Токмакский р-н, Молочанск, Юбилейная 30

Место работы: пенсионер

Находился на лечении с 23.10.13 по 05 .11.13 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, декомпенсация. Диабетическая нефропатия III ст. ХБП I ст. Диаб. ангиопатия артерий н/к. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсорная форма. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Метаболическая кардиомиопатия. СН IIA ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4. Язвенная болезнь а/фаза. Хронический гастродуоденит с болевым и диспептическим с-м в ст. обострения. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с нарушением внешнесекреторной и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Хронический холецистит в нестойкой ремиссии. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. на фоне сахарного диабета.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, увеличение веса на 3 кг за год, боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170 мм рт.ст., головные боли.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Комы отрицает. С начала заболевания ССП. С 2013 инсулинотерапия. В наст. время принимает: Генсулин Н п/з-28 ед. диаформин 500. Гликемия –10,0-6,0 ммоль/л. НвАIс – 8,9 %. Последнее стац. лечение в 02.2013г. Повышение АД в течение 5 лет. Из гипотензивных принимает энап 10 мг утром. Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

24.10.13Общ. ан. крови Нв –145 г/л эритр –4,5 лейк – 5,3 СОЭ –16 мм/час

э- 1% п- 0% с- 71% л- 19 % м- 9%

24.10.13Биохимия: СКФ – 97мл./мин., хол –4,3 тригл -1,72 ХСЛПВП -1,40 ХСЛПНП -2,12 Катер -2,07 мочевина –4,7 креатинин –62,4 бил общ –10,6 бил пр –2,6 тим –0,77 АСТ – 0,25 АЛТ – 0,54 ммоль/л;

### 24.10.13Общ. ан. мочи уд вес 1017 лейк – 0-14-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. -ед в п/зр

28.10.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк -500 эритр - белок – отр

25.10.13Суточная глюкозурия –1,65 %; Суточная протеинурия – отр

##### 25.10.13Микроальбуминурия – 54,1мг/сут

24.10.13 кал на я/г - отр

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 24.10 | 10,0 | 10,1 | 7,8 | 10,4 |
| 27.10 | 8,3 | 12,7 | 10,3 | 11,5 |
| 30.10 | 7,5 | 9,7 | 10,7 | 11,8 |
| 03.11 | 7,4 | 9,4 | 10,6 | 11,6 |
| 04.11 |  | 7,2 | 9,3 | 9,0 |

Невропатолог: Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсорная форма

Окулист: VIS OD= 1,0 OS= 1,0 ; ВГД OD= 20 OS=21

Артерии сужены, склерозированы. Салюс I. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

ЭКГ: ЧСС -85 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. Позиция промежуточная. Гипертрофия левого желудочка. Неполная блокада ПНПГ.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия. СН IIA ф.кл. II. Гипертоническая болезнь II стадии III степени. Гипертензивное сердце. Риск 4.

ЭХО КС: КДР- 4,7см; КСР- 2,9см; ФВ- 68%; просвет корня аорты -2,7 см; АК раскрытие - N; ПЛП -3,3 см; МЖП –1,15 см; ЗСЛЖ –1,2 см; ППЖ- 2,5см; По ЭХО КС: Эхопризнаки гипертрофии ЛЖ, регургитация 1ст на МК, ТК и КЛА, склеротических изменений створок АК, МК и стенок Аорты.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Нефролог: ХБП I-II ст.: диаб. нефропатия, артериальная гипертензия.

Гастроэнтеролог: Язвенная болезнь а/фаза. Хронический гастродуоденит с болевым и диспептическим с-м в ст. обострения. Хронический панкреатит в стадии нестойкой ремиссии с нушением внешнесекреторной и внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Хронический холецистит в нестойкой ремиссии. Гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей. на фоне сахарного диабета.

25.10.13 Р-скопия ЖКТ: Хронический гастродуоденит, Хр. панкреатит.

24.10.13РВГ: Кровообращение не нарушено, тонус сосудов N.

УЗИ: Заключение: Эхопризнаки изменений диффузного типа в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1 ст, увеличением её размеров, без признаков порталной гипертензии; перегиба ж/пузыря в в/3 тела и в области шейки, застоя в ж/пузыре, изменений диффузного типа в паренхиме поджелудочной железы по типу хр. панкреатита.

Лечение: энап медитан, аторис, проксиум, висн-нол, креон, фосфалюгель, Генсулин Н, диалипон, витаксон актовегин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта по м\жит.
2. Диета № 9, ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Генсулин Н п/з- 40-42 ед., п/у- 12-14ед.,

Регулярный самоконтроль с послед. коррекцией дозы инсулина, соблюдение режима диетотерапии.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин) с контролем липидограммы.
3. Эналаприл 10 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., витаксон 1т. \*1р/д. 1 мес.
5. Рек. невропатолога: келтикан 1т.\*3р/д. 1 мес.,
6. Рек. гастроэнтеролога: стол №5, режим питания, проксиум 40 мг 1к 1р/д за 1 сс до еды – 2 нед. вис-нол по 2 к за1 час до еды 2 нед. креон 10тыс. по 1 т зр/д во время еды 2 нед. фосфалюгель 1п 2р/д ч/з час после еды 2 нед.,

##### Леч. врач Ермоленко В.А

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Костина Т.К.